



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME : AFREENMAZHER MOHAMMED MAZHERUDDIN

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 20-Dec-2002

تاريخ الميلاد

CARD NBR : J36H-NM3F-LFLK-2LED

رقم البطاقة

GENDER : Female

الجنس

PAYER : NAS VN

شركة التأمين

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE

نوع الحالة

☐ CHRONIC

مزمنة

☐ PRE-EXISTING

موجودة مسبقا

☐ INJURY

إصابة

DIAGNOSIS : R79.82 - Elevated C-reactive protein (CRP), R07.0 - Pain in throat, R53.1 - Weakness, R51.9 - Headache, unspecified, J02.9 - Acute pharyngitis, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY : Enter Aetiology

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS : Complaint

العراض المرضية

came for follow up.

on investigation:

elevated CRP

increased leukocytes.

CLINICAL FINDINGS :

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAXONE-TABUK IV	Pharmacy

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات

TREATING PHYSICIAN : Dr.Farhan Iyas

الطبيب المعالج

HOSPITAL /CLINIC : CITICARE MEDICAL CENTER LLC

المستشفى / العيادة

CONSULTATION DETAILS : ☐ New

نوع الاستشارة

☐ Follow Up

المتابعة

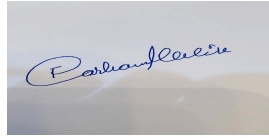
CONSULTATION FEES :

رسوم الاستشارة

Enter CONSULTATION FEES

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب



Dr .Frahan Ilyas Malik
Physician-General Practitioner
DHA-06441782-001
CITICARE MEDICAL CENTER
DUBAI U.A.E

DATE: 29/07/2025

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

